



**Powiatowa Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Radlinie**

ul. Władysława Orkana 23, 44-310 Radlin

tel. 32 456 19 93 | e-mail: sekretariat@ppppradlin.pl

Adres do e-Doręczeń: AE:PL-34617-97866-DFJBT-10 | www.ppppradlin.pl

.....  
/pieczętka placówki opieki zdrowotnej/

.....  
/data/

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o stanie zdrowia dziecka**  
**dla potrzeb Zespołu Orzekającego działającego**  
**w Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Radlinie**  
**w celu wydania orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych**

Imię i nazwisko dziecka: ..... ur. ....

Miejsce zamieszkania .....

Diagnoza medyczna, przebieg choroby, zastosowane leczenie:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Realizacja zajęć w formie: \*

**indywidualnej**

**zespołowej**

Niezbędny w procesie edukacyjno-wychowawczym sprzęt specjalistyczny:

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
/pieczętka i podpis lekarza/

**Podstawa prawna:**

Ustawa z dnia 14 grudnia 2016r. Prawo oświatowe (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 737) – art. 127 ust. 18.

Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 02.03.2026r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2026 r. poz. 428).

\*właściwe podkreślić